Prévention des risques d'accident chez l'enfant ayant une allergie alimentaire

Éduquer la famille de l'enfant, prévenir les accidents à l'école

GRÉGOIRE BENOIST, MARIE-CLOTHILDE ORCEL
Pédiatrie générale et hôpital de jour de pneumo-allergologie, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt, France.
gregoire.benoist@aphp.fr

G. Benoist déclare des interventions ponctuelles (conférences) pour ALK et Novartis, et avoir été pris en charge à l'occasion de déplacements pour congrès par Nestlé et Novartis.

M.-C. Orcel déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

L'éducation thérapeutique de l'enfant et de son entourage constitue l'essentiel de la prévention secondaire en cas d'allergie alimentaire : régime d'éviction, lecture des étiquettes. En cas d'accident, la connaissance du contenu de la trousse d'urgence et du plan d'action permet de diminuer le risque d'évolution péjorative de la réaction. Le projet d'accueil individualisé a pour objectif de synthétiser ces aspects sous forme écrite pour le milieu scolaire.

Stratégies pour éviter un accident alimentaire chez l'allergique

Régime d'éviction et lecture de l'étiquetage

Le régime d'éviction de l'aliment incriminé et des produits finis pouvant en contenir est la seule mesure efficace en cas d'allergie alimentaire. La crainte d'un accident a pu conduire par le passé à des régimes élargis, altérant la qualité de vie des patients. L'expertise allergologique permet de cibler le ou les allergènes en cause et d'exclure la responsabilité d'autres.[1] Par exemple, un enfant ayant eu une anaphylaxie après ingestion de noisettes se voit très souvent exclure l'ensemble des fruits à coque par l'intervenant de premier recours. En principe, les fruits à coque déjà consommés sans réaction devraient pouvoir être poursuivis sans restriction. En revanche, l'allergologue peut préciser la conduite à tenir face aux fruits à coque non encore consommés, en se fondant sur les *prick-tests* complétés éventuellement d'immunoglobulines de type E (IgE) spécifiques. En cas de doute, un test de provocation par voie orale en milieu hospitalier peut permettre de différencier une simple sensibilisation d'une authentique allergie. De même, le test de provocation par voie orale pour un aliment incriminé dans une réaction antérieure peut être pratiqué dans l'objectif de déterminer le seuil réactogène guidant une éventuelle immunothérapie orale (*v.* p. 851), ou d'affirmer la guérison s'il est négatif.

La lecture attentive des étiquettes comportant la liste des ingrédients permet de vérifier la composition du produit fini. Elle fait partie de l'un des objectifs majeurs de l'éducation thérapeutique de l'enfant allergique.[2] L'ordre d'apparition des aliments est fonction de la quantité introduite (plus l'aliment est en début de liste, plus le produit en contient). Dans la plupart des cas, il est rare de devoir supprimer les produits avec mentions sur l'emballage *« fabriqué dans un lieu »*, *« pouvant contenir »* ou *« traces éventuelles »* (à l'exception du chocolat où la décontamination des lignes de production est difficile).

La réglementation européenne (UE n° 1169/2011) impose la mention obligatoire dans les denrées alimentaires pré-emballées de 14 allergènes « notoires » : céréales contenant du gluten, crustacés, œufs, poissons, arachide, soja, lait (de vache), fruits à coque (amande, noisette, noix, noix de cajou, noix du Brésil, noix de macadamia [ou noix du Queensland]), céleri, moutarde, sésame, sulfites, mollusques, lupin. Le lait de chèvre et de brebis, le pois sont à l'étude pour être ajoutés à la liste. Depuis juillet 2015 (décret 2015-447), tous les métiers dits de bouche (restaurateurs, *fast-food*, boulangers, traiteurs...) doivent indiquer par écrit la présence de ces allergènes dans les denrées non pré-emballées.[3]

Certains pièges classiques doivent être enseignés aux familles. Dans tous les cas, il ne faut jamais accepter un produit dont la composition n'est pas connue. Cela est valable à l'école où les échanges de goûters peuvent être source d'accidents. Pour les enfants allergiques à l'arachide et/ou à des fruits à coque, il faut se méfier des plats asiatiques ou africains qui en contiennent ou qui ont été frits. Pour les enfants allergiques au lait de chèvre, il faut les informer que l'allergène est présent dans la plupart des pizzas pour rehausser le goût (sans forcément être déclaré par le fabricant) ou encore dans certains « cordons bleus ».

Prise en compte des comorbidités et cofacteurs

L'asthme est une comorbidité majeure, facteur de risque de gravité en cas d'anaphylaxie. Il convient de contrôler au mieux les signes respiratoires chez l'allergique alimentaire.

L'enfant doit connaître les cofacteurs susceptibles de diminuer le seuil réactogène à l'aliment : infection, stress, exercice physique, médicament (anti- >>>

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Figure. Plan d'action d'urgence en cas d'allergie alimentaire chez l'enfant. Avec l'aimable autorisation de la Société française d'allergologie. D'après la réf. 5.

inflammatoires non stéroïdiens), consommation d'alcool. De plus, la prise d'alcool ou de toxiques peut mener à un écart du régime d'éviction par baisse de la vigilance. L'adolescence est une période de la vie où ces prises de risque (négligence, défi) peuvent conduire à des accidents alimentaires parfois sévères.

Prise en charge psychologique et qualité de vie

Les mesures de prévention précitées et leurs conséquences (régimes parfois élargis, peur du risque d'un repas, limitations sociales) témoignent des contraintes quotidiennes auxquelles doivent faire face l'enfant allergique et sa famille. Un soutien psychologique peut être utile, notamment en cas de polyallergies alimentaires afin que les patients expriment leurs difficultés, parfois responsables de « craquages » et donc de mises en danger. La prise en compte des désirs de l'enfant est essentielle, notamment lors de la programmation d'un test de provocation par voie orale afin d'élargir le régime : *« Quel aliment aimerais-tu consommer ? »*.

Lors des séances d'éducation thérapeutique en hôpital de jour et/ou lors des tests de provocation par voie orale, nous remettons à l'enfant et à sa famille des questionnaires de qualité de vie. Le *food allergy quality of life questionnaire* (FAQLQ), validé en français en 2011, étudie ainsi l'impact émotionnel, l'anxiété alimentaire ainsi que les limitations alimentaires et sociales.[4] En cas de polyallergies alimentaires, l'aide d'un diététicien peut s'avérer utile afin d'éviter des carences.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Éducation thérapeutique pour réduire les risques en cas d'accident

Plan d'action personnalisé

Concis et imagé, le plan d'action personnalisé de gestion d'une réaction allergique doit être un repère sans ambiguïté face à une situation urgente et stressante pour toute personne ayant la garde de l'enfant. Il est distinct de l'ordonnance permettant la délivrance des médicaments. Il est placé dans la trousse d'urgence. Son explication répétée fait partie des objectifs majeurs de l'éducation thérapeutique.[2] Il est important de rappeler qu'en cas d'anaphylaxie, un adulte référent ou le service d'aide médicale urgente (SAMU, 15 ou 112) doit être contacté, sans pour autant retarder la prise en charge.

Le groupe de travail « Allergie alimentaire » au sein de la Société française d'allergologie a proposé un plan d'action décliné pour les différents stylos d'adrénaline. L'objectif est de réduire le retard à leur utilisation dans les situations graves le justifiant, en évitant le recours à des médicaments inutiles ou peu efficaces. Ils sont disponibles sur le site de la Société pédiatrique de pneumologie et allergologie.[5] Un exemple est reproduit dans la figure ci-contre.

Trousse d'urgence et stylos d'adrénaline

La trousse d'urgence doit accompagner l'enfant dans tous ses déplacements (domicile, école, restaurant, lieu de vacances). À chaque consultation, il convient de vérifier son contenu, d'assurer son renouvellement (dates de péremption), de vérifier la connaissance du plan d'action avec l'enfant et ses référents ainsi que les modalités d'administration des médicaments.

Un dispositif auto-injectable d'adrénaline peut être fourni selon les cas. S'appuyant sur les recommandations européennes,[6] la Société française d'allergologie va proposer une mise à jour des indications.[7]

Actuellement, dans le cas de l'allergie alimentaire, les indications absolues de prescription d'un dispositif auto-injectable d'adrénaline sont : un antécédent d'anaphylaxie liée à un aliment, un antécédent d'anaphylaxie induite par l'exercice, un antécédent d'allergie alimentaire associée à un asthme modéré ou sévère non contrôlé (à l'exclusion des syndromes oraux pollens-aliments) ; les indications relatives sont : une réaction allergique légère ou modérée liée à l'arachide ou à un fruit à coque, une réaction allergique légère ou modérée liée à des traces d'aliment, une allergie alimentaire chez l'adolescent, l'absence de structure médicale de proximité.[6]

Le choix du modèle du stylo auto-injectable revient au médecin prescripteur. Dans tous les cas, il doit montrer la manipulation à la famille et lui faire utiliser un dispositif factice, dans l'idéal à chaque consultation. Le délai de conservation d'un stylo est en moyenne de 18 à 21 mois, à température ambiante (ne pas dépasser 25 °C, ne pas congeler), à l'abri de la lumière. Il faut vérifier régulièrement et avant utilisation le caractère incolore et limpide sans précipité de la solution au moyen de la fenêtre du dispositif. Des caractéristiques techniques diffèrent cependant entre les stylos. Il semblerait qu'Anapen 0,15 mg soit plus approprié chez l'enfant de moins de 15 kg du fait d'une taille d'aiguille plus petite (7,5 mm *vs* 12,5-13 mm pour les autres), limitant ainsi le risque d'injection intra-osseuse. En revanche, au-delà de 15 kg, Epipen et Jext pourraient être une meilleure option pour l'injection dans la partie distale de la cuisse, avec une aiguille plus longue limitant le risque d'injection sous-cutanée.[8]

Projet d'accueil individualisé en milieu scolaire

L'école est un lieu d'exposition à des allergènes alimentaires (restauration, cour de récréation, activités manuelles). La période de fin d'année scolaire ou encore celle de la rentrée sont les moments privilégiés pour faire le point sur l'allergie de l'enfant, compléter le projet d'accueil individualisé (PAI) et renforcer l'éducation thérapeutique des familles et des référents en collectivité.[9] Cette prise en charge réunit enseignants, personnels parascolaires (cuisiniers, surveillants), les médecins de l'enfant ainsi que le médecin scolaire.

Le PAI, mis en place en 1999 et reprécisé par la circulaire interministérielle n° 2003-135, est un document écrit et réactualisé chaque année, ayant pour objectif de faciliter l'intégration des enfants concernés (allergie, asthme, diabète, épilepsie…). Il est élaboré sur demande de la famille et comprend trois volets : administratif, médical, et pédagogique, complétés grâce aux données de l'allergologue référent. Y sont précisés : les allergènes en cause, les modalités de restauration et de goûter, les aménagements d'activité éventuels, ainsi que si nécessaire le protocole d'intervention médicale d'urgence. Il est signé par le responsable d'établissement, le médecin de l'Éducation nationale, le maire ou son représentant. Une trousse d'urgence, contenant médicaments et ordonnances, est remise au référent de la structure d'accueil.

Les aménagements de restauration scolaire sont ceux parfois soumis à débat. L'enfant peut être autorisé à prendre le menu habituel sous réserve d'éviction simple du ou des aliments concernés par son allergie (les parents prennent connaissance des menus). Il peut être autorisé à déjeuner avec un plateau spécifique industriel garanti sans allergène (si proposé par la collectivité compétente). Il peut parfois n'être autorisé qu'à consommer le seul panier-repas familial (allergène à haut risque ou ubiquitaire comme le lait). Dans de très rares cas, l'accès au lieu de restauration ne lui est pas autorisé. Des précautions particulières peuvent être exigées durant les goûters d'anniversaire ou la Semaine du goût. Au-delà de la restauration, des attentions particulières peuvent être exigées pour la manipulation ou l'inhalation des allergènes alimentaires (jeux). Il faut savoir que le temps périscolaire (restauration) >>>

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

relève des mairies. En cas d'opposition, il convient de privilégier le dialogue pour trouver le consensus le moins stigmatisant pour l'enfant, tout en restant sécuritaire.

Entre 2005 et 2015, 56 cas d'anaphylaxie alimentaire en milieu scolaire dont 2 décès (malgré l'utilisation d'adrénaline) ont été déclarés au Réseau d'allergovigilance. Ainsi, 80 % des réactions ont eu lieu durant la restauration scolaire avec trois allergènes en cause dans plus de la moitié des cas : l'arachide, le lait de chèvre et/ou de brebis, et le soja. Les autres accidents sont survenus principalement dans la cour d'école, avec l'arachide.[10]

La formation pratique du personnel à la gestion d'une anaphylaxie est indispensable, avec l'aide des médecins de l'Éducation nationale.[11] En 2000, le Conseil de l'Ordre a précisé que l'administration des traitements d'urgence (dont l'injection d'adrénaline) n'était pas un acte médical et pouvait être réalisé par tous. Indépendamment de la question du PAI, chacun a l'obligation de porter assistance à une personne en danger.

RÉSUMÉ PRÉVENTION DES RISQUES D'ACCIDENT CHEZ L'ENFANT AYANT UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE

La prévention des accidents chez l'enfant ayant une allergie alimentaire passe avant tout par un régime d'éviction du ou des aliments incriminés. La famille doit savoir identifier les allergènes par la lecture des étiquettes ou en se faisant fournir la composition des plats en restauration ou dans les ventes à emporter. L'éducation thérapeutique doit aussi comporter l'explication du plan d'action personnalisé de gestion d'une réaction allergique ainsi que les modalités d'administration des médicaments. En milieu scolaire, le projet d'accueil individualisé permet de prévenir au mieux les accidents par la transmission d'informations à propos des modalités possibles de restauration, ainsi que des traitements à administrer si nécessaire.

SUMMARY MANAGING THE RISKS OF ACCIDENT IN CHILD WITH FOOD ALLERGY

Prevention of accidents in children with food allergy requires above all an elimination diet of the allergen(s). The family can be able to identify allergens by reading labels or be informed of composition by restaurants. Patient education should also include an explanation of the personalized action plan for management of an allergic reaction and procedures for administration of drugs. The Individualized Care Project is the reference document in school.

RÉFÉRENCES

1. Bidat E. Comment adapter le régime d'éviction avec le bilan allergologique? Rev Fr Allerg 2009;49:112-5.
2. Groupe de réflexion en éducation thérapeutique dans l'allergie alimentaire GRETAA). Éducation thérapeutique en allergie alimentaire. Les compétences à acquérir par les enfants et les familles. Rev Fr Allerg 2009;49:239-43.
3. Association française pour la prévention des allergies. Allergènes indiqués dans les restaurants, boulangeries, cantines au 1er juillet 2015. http://allergies.afpral.fr ou http://bit.ly/2cqr7Dx
4. Wassemberg J, Cochar M, DunnGalvin A, De Blok B, Hofer M, Eigenmann P. Qualité de vie chez l'enfant avec allergie alimentaire : validation de la version française des questionnaires spécifiques de qualité de vie. Rev Fr Allerg 2011;51:437-8.
5. Deschildre A, Villard-Truc F, Gomez SA, Santos C, Just J. Plan d'action en cas de réaction accidentelle dans l'allergie alimentaire : position du groupe de travail « allergie alimentaire » sous l'égide de la Société française d'allergologie. Rev Fr Allerg 2014;54:389-93. http://www.sp2a.fr/documents.php
6. Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2014;69:1026-45.
7. Société française d'allergologie. À qui prescrire un dispositif auto-injectable d'adrénaline ? Position du groupe de travail « Anaphylaxie », « Allergie alimentaire » et « Insectes piqueurs » sous l'égide de la Société française d'allergologie. Rev Fr Allerg 2016;in press.
8. Pouessel G, Beaudouin E, Deschildre A. Dispositifs auto-injectables d'adrénaline : lequel choisir ? Rev Fr Allerg 2016;56:378-88.
9. Dieme A, Benoist G, Bidat E. La rentrée : une période à risque pour l'enfant allergique. Rev Fr Allerg. 2016;56:146-8.
10. Sabouraud-Leclerc D, Beaudouin E, Chabbert A, Larue C, Moneret-Vautrin DA. Anaphylaxies alimentaires en milieu scolaire : à propos de 56 cas déclarés au réseau d'allergovigilance entre 2005 et 2015. Rev Fr Allergol 2015;55:456-62.
11. Pouessel G, Dupond M., Combes S, Sabouraud D, Deschildre A. Projet d'accueil individualisé pour enfant allergique : expérience des médecins de l'Éducation nationale du département du Nord. Rev Fr Allerg 2016;56:58-64.

ERRATUM

Dans le dossier « Consensus relatif à la prise en charge des dyslipidémies de l'adulte »(Rev Prat 2016;66:729-41), des erreurs nous ont été signalées :
– p. 729, dans le tableau 1, dernière ligne, il fallait lire « Insuffisance rénale (DFG < 45 mL/min, < 60 mL/min chez un adulte jeune) » ;
– p. 729, deuxième colonne, dans le paragraphe Facteurs et marqueurs de risque, il fallait lire « Les facteurs de risque cardiovasculaires majeurs à prendre en compte chez un sujet dyslipidémique sont (tableau 1) : l'âge et le sexe, les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire (apparentés du premier degré), la consommation de tabac, une hypertension artérielle, une diminution du HDL-cholestérol, l'existence d'un diabète, une insuffisance rénale chronique sévère à modérée » ;
– p. 735, dans le tableau 4, première colonne, il fallait lire « Fluvastatine 20-40 mg ».

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN